

***447 WEST COLUMBIA
TELLURIDE, COLORADO 81435
970-728-6615***

FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN
***Por favor Complete y Regrese a la
escuela!***

FOR NEW STUDENTS ONLY!

TELLURIDE ELEMENTARY SCHOOL
721 West Colorado Avenue
Telluride, CO 81435
970-728-6615
Fax: 970-728-5035
jregrut@telluride.k12.co.us

REQUEST FOR TRANSCRIPTS

To: Registrar

Previous School's Name

Address

Phone#

City/State/Zip

Fax #

Name of Student:

Birthdate

Current Grade

PLEASE FORWARD THE FOLLOWING RECORDS TO:

Telluride Elementary School
721 West Colorado Avenue
Telluride, Co 81435

1. Standardized Test Data
2. Scholastic Achievement Data
3. Birth Certificate, Immunization/Medical Data
4. Complete Transcripts with Grades to Date

PLEASE FORWARD ALL SPECIAL EDUCATION RECORDS TO:

Uncompahgre Board of Cooperative Services (UnBOCS)
P. O. Box 728
Ridgway, CO 81432
Phone – 970-626-2977
Fax – 970-626-2978
unbocs@ridgway.k12.co.us

Parent/Guardian

Date

Official School Signature

Date

UnBOCS – 626-2978

NEW STUDENTS ONLY

Uncompahgre Board of Cooperative Services (UnBOCS)

Serving the school districts of

Norwood Ouray, Ridgway, Telluride and West End School Districts

Please complete if your child has received any of the services checked off below

Student's Legal Name: _____ DOB: _____ State Student ID: _____

Person requesting records: Jennifer Fletcher, UBOCS Date: _____

School/District: Telluride R-1

REQUEST TO RELEASE OR SECURE CONFIDENTIAL INFORMATION
(Not required for release to another Administrative Unit)

This permission shall be valid for the following duration. Beginning _____ and shall terminate _____

Indicate Consent	Records/information to be released or secured:	Indicate Consent	Records/information to be released or secured:
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Audiometric	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Psychological
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Educational	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Physical Therapy
<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Social Work
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medical	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Speech/Language
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Occupational Therapy	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Other: Initial or Triennial Testing Results
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Psychiatric	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Other: _____

Agency _____
 Address _____
 City, State, Zip _____

To: Uncompahgre BOCS

 P O Box 728
 Ridgway, CO. 81432
 970-626-2977 Phone
 970-626-2978 Fax

All information released or secured will be in compliance with the Family Education Rights and Privacy Act and the Colorado Open Records Law. No additional information will be released or secured without prior approval from the parent, except as provided by law.

PARENTAL CONSENT

I understand that consent is voluntary and may be revoked at any time in writing. I hereby authorize the transfer of information as indicated above

Signature (Parent/Guardian/SP) _____

Date _____

Date consent received by District/Administrative Unit: _____

Documento de Matricula del Estudiante TES 2018-2019

Información de matricula del estudiante:

Nombre legal en la partida de nacimiento: _____

Nombre con el que se le llama: _____ Genero: _____

Grado en el año escolar 2018/19: _____ escuela anterior: _____

Fecha de nacimiento: _____ # seguro social: _____ Numero de teléfono _____

Correo electrónico del estudiante: _____ # celular del estudiante: _____

Etnicidad: Considera que su estudiante es de origen Hispano/Latino ? Si No

Cual de los siguientes grupos describe la raza de su estudiante? (Marque al menos una categoría)

Blanco Latino o indio americano / Nativo de alaska Asia Negro Nativo hawaiano /Islas del pacifico

Alguna vez, califico su familia para el programa de migrante? Si No

Información familiar:

	Madre de Familia	Padre de Familia	Otra familia en casa
Nombre:			
Dirección de Correo postal:			
Dirección física :			
Email: <i>(Mayoría de comunicaciones serán por es vía.)</i>			
Teléfono de casa:			
Teléfono celular:			
Teléfono trabajo/otro:			
Estudiante vive con:			
Enviar correos electrónicos semanales a: (marcar todos lo aplicable)			
Por favor enviar USPS a: (marcar todos los aplicables)			

Información de hermanos/as: (solo acerca los hermanos/as matriculados en TSD por el año escolar 2018/19)

	Hermano/a 1	Hermano/a 2	Hermano/a 3	Hermano/a 4
Nombre:				
Grado 2018-2019:				
Teléfono celular:				

Otra información adicional que no sea medica que las personas de la oficina de la escuela necesitan saber acerca de su situación familiar?

Información del contacto de Emergencia:

	Contacto 1	Contacto 2	Contacto 3
Nombre:			
Relación:			
Teléfono celular:			
Teléfono de casa			
Teléfono de trabajo/otro:			

Requerimiento Residencial (Marque la línea apropiada)

_____ El estudiante vive en el área comprendida al distrito de Telluride R1 School y puede mostrar prueba de vivienda.
 Estudiante vive en otro distrito, en : _____ (Telluride, Hillside, Lawson Hill, Mtn. Village, Ophir, Placerville, etc)

_____ Estudiante vive fuera del distrito. Estudiante vive en el distrito de _____.

No participar en

Por favor, mi estudiante no participara de: _____ Directorios _____ Foto/Video

Información medica del estudiante
TES 2018-2019

Nombre del estudiante: _____

Doctor principal: _____ Teléfono : _____

Dentista: _____ Teléfono: _____

Alertas medicas: Por favor, liste cualquier alergia y/o necesidades especiales:

Grupo del seguro medico: _____ Póliza #: _____

Medicamentos y medicamentos sin receta medica pueden ser administrados solo cuando formularios apropiados son completados y medicamento (en embace original) son entregados a la oficina de la escuela.

_____ Mi estudiante NO necesita medicamentos en la escuela.

_____ Mi estudiante SI necesita medicamentos en la escuela.

_____ Si se necesita medicamentos, he llenado el formulario necesario (permiso medico) con la enfermera de la escuela).

Al firmar este formulario de información medica del estudiante, doy permiso al director o a la persona/s asignada/s y este en cuidado del estudiante que autorice radiografías de examinación, diagnostico medico o de cirugia, tratamiento hospitalario que de al estudiante con el consejo de un medico licenciado y/o dentista. Es comprendido que la autorización es dada con anticipación de cualquier diagnostico, tratamiento o cuidados hospitalarios y da autorización y poder a la escuela distrital de Telluride R-1 de dar un consentimiento especifico de a uno o todos como diagnostico, tratamiento u cuidados hospitalarios en el cual un doctor licenciado o dentista si fuera necesario. Esta autorización se mantendrá efectiva hasta una revocatoria por escrito y entregada a la escuela distrital de Telluride R-1. Yo comprendo que la escuela distrital de Telluride R-1 sus administradores, maestros y personal no asumen ninguna responsabilidad de cualquier naturaleza en relación al transporte del estudiante. Asimismo comprendo que el costo del transporte de los paramédicos, hospitalización examinación, radiografías o tratamiento provisto en relación a esta autorización será responsabilidad mía como padre/guardián del estudiante.

Firma del Padre/guardián

Fecha

Formularios de permisos /acuerdos TES 2018-2019

Padres de familia:

Firme y devuelva esta pagina!

El manual esta en la pagina web: <http://tes.tellurideschool.org/>

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha leído y comprendido el documento a continuación. Estos documentos están incluidos en el manual de los padres/estudiantes en la pagina web en www.tes.tellurideschool.org También puede solicitar una copia de estas en la oficina.

Manual de los padres/estudiantes: Hemos revisado la versión en la pagina web del manual de los padres/estudiantes la cual contiene el código de conducta de los estudiantes. Una copia impresa puede ser solicitada en la oficina de la escuela.

Póliza del aceptable uso de la tecnología: Hemos revisado la versión en la pagina web del manual de los padres/estudiantes la cual contiene el código de conducta de los estudiantes. Una copia impresa puede ser solicitada en la oficina de la escuela.

Permisos para paseos: Durante el curso del año escolar, los estudiantes toman un numero de paseos académicos. Al firmar este formulario los estudiantes tienen permiso de ir a todos los paseos. Comunicaciones de los maestros acerca de pasos vendrán directamente de cada maestro de clase.

Nuestra firma indica que hemos leído y comprendido .

Estudiante

Nombre en imprenta: _____ Fecha: _____

Padre/guardián

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en imprenta: _____

Uncompahgre Board of Cooperative Services
Inventario de Salud de Estudiante

Año: 2018/19

Grado _____

Escuela: Distrito Escolar de Telluride

Para poder proporcionar servicios de salud escolar, por favor complete el formulario siguiente y devuélvalo a la oficina de la enfermera/o escolar. Por favor llame a la enfermera/o de su escuela, si tiene preguntas o preocupaciones.

Nombre del Estudiante (apellido) _____			Fecha de Nacimiento _____		(Marque uno)	
(nombre) _____			(segundo) _____		M	Masculino
					F	Femenino
¿Tiene seguro de salud el estudiante? Sí No			Medicaid ID# _____		Sí	No
Si esta cubierto su niño por Medicaid, nosotros tenemos su permiso para facturar para servicios de salud? Sí No			CHIP _____			
¿Si su hijo/a no tuviera seguro medico, daria permiso a la enfermera de la escuela para que comparta esta informacion con la consejera de inscripciones de Medicaid/CHP+?					Sí	No
Nombre de padre o guardián _____				Número de teléfono del día _____		
Nombre del doctor _____				Fecha de ultimo examinación física _____		
Nombre del dentista _____				Fecha de ultimo examen _____		
¿Esta de bajo del cuidado de un ortodontista? Sí No				Nombre del doctor _____		

¿Tiene el estudiante cualquier de lo siguiente?

Alergias	Sí	No	¿A drogas, comida, insectos, polen? Lista _____			
			¿La alergia le ha causado alguna emergencia en el pasado? Sí No			
			¿Si sí, fue prescribió Epinephrine? Sí No			
			¿Si sí, puede al estudiante administra la inyección asimismo? Sí No			
Comentarios _____						
Alergia a picadura de abeja	Sí	No	Describa las reacciones _____			
			¿Dificultad respiratoria? Sí No	¿Necesita medicina de emergencia? Sí No		
Asma	Sí	No	¿Provocado por? _____ Medicina o tratamiento _____			
			¿Diagnosticado por doctor? _____ Fecha _____			
			Cual fue la fecha del último ataque _____			
			¿El estudiante necesita que le den la medicina en la escuela? Sí No			
Grados 7-12 pueden llevar su inhalador luego de llenar el formulario y entregarlo a la enfermera. Se recomienda tener uno de repuesto e la enfermería de la escuela.						
La Diabetes	Sí	No	¿Necesita insulina? Sí No Fecha de diagnóstico _____			
			¿Toma la medicina en la escuela? Sí No			
			¿Sabe el estudiante como usar su medicina? Sí No			
Epilepsia/ Convulsión	Sí	No	Describa la convulsión _____			
			Fecha de ultima convulsión: _____ medicamento: _____			
			¿El estudiante esta bajo cuidados de un doctor por convulsiones? Sí No			
¿El estudiante necesita que se le de la medicina en la escuela? Sí No						
La Tuberculosis	Sí	No	¿Diagnosticado por doctor? _____ Fecha _____			
Problemas de Habla	Sí	No	Describa, por favor _____			
Condiciones de Corazón	Sí	No	Describa, por favor _____			
Lista de restricciones del Corazón: _____						

Problemas de Huesos/Artritis o problemas Sí No Describa, por favor _____
lista de restricciones _____

Varicela Sí No Fecha de contagio: _____

Nota, por favor, todos los problemas de salud que pertenece al estudiante:

Ojos:
___ anteojos ___ lente de contacto
___ anteojos para leer
___ anteojos para ver lejos
___ dificultades a ver
___ el ojo perezoso
___ preocupaciones _____

Orejas:
___ la sordera
___ infecciones frecuentemente
___ los tubos
___ dificultades de oír, explica

Audiófonos:
___ la derecha
___ la izquierda
___ llevar en la escuela
___ otro _____
___ preocupaciones _____

Otro:
___ la menstruación
___ un desorden de sangre
___ la presión de la sangre
___ hemorragia nasal frecuentemente
___ comiendo
___ durmiendo
___ la vejiga

___ requiere cateterización
___ los pulmones
___ neurológico
___ dolor de cabeza
___ los intestinos
___ requiere pañales
___ las fobias

___ ADD/ ADHD
___ herida de cabeza
___ dental
___ enuresis nocturna
___ piel
___ otro _____
___ otro _____

Medicinas:

¿Toma medicina diaria? Sí No ¿A escuela? Sí No ¿Solo para emergencia? Sí No
en la casa el estudiante?

El nombre de la medicina y la razón para tomarlo:

Si el estudiante necesita medicina en la escuela, por favor obtener las formas apropiadas en la oficina escolar.

Lista enfermedades o heridas serias _____

Lista operaciones _____ Condiciones que previene _____
participación en la educación física.

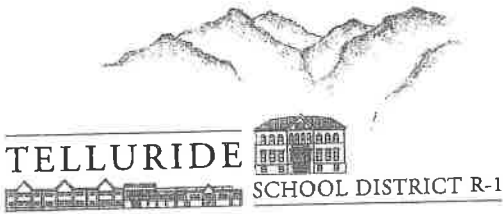
Si el estudiante no puede participar en la clase de educación física, por favor presente el orden del doctor a la oficina escolar.

Marque los servicios que el estudiante recibe ahora:
___ Habla/ Lenguaje ___ Servicios ocupacional/ física (OT/PT) ___ Consejero ___ Dieta especial
___ Necesita cuidado de salud especial, explica por favor:

Nos da usted permiso de poner la información de vacunas de su hijo/a en el sistema de información de vacunación de Colorado – CIIS? (marque uno) Sí o No

Otras preocupaciones de salud:

Firma de padre o guardián Fecha



Estimados Padres,

El Distrito de la Escuela de Telluride trabaja para reducir la cantidad de fondos gastados en el papel y el franqueo. Durante el 2018-2019 año escolar toda la información pertinente de la escuela será enviada en casa a través de correo electrónico. Si usted no tiene una buzón correo electrónico y necesita copias de papel para ser enviadas en casa en la mochila de su niño verifica por favor la caja abajo.

Querría copias enviadas en casa. _____

El Nombre del estudiante: _____

Grado 2018-2019: _____

Nombre de Padres: _____

Si quiere ser incluido en recibiendo toda la comunicación por correo electrónico, lista por favor su correo electrónico abajo:

Dirección correo electrónico: _____

Por favor le entregar a mi oficina.

Gracias,

Judy Regrut
Ayudante Administrativo,
970-728-6615 T, ext. 8908
jregrut@telluride.k12.co.us
www.tellurideschool.org

Migrant Education Program

Attn: Molly Greenlee, Coordinator 596 North Westgate Dr. Grand Junction, CO 81505



Student Name: _____

School: _____

Telephone: _____

Does your family qualify for services?

Please answer 'yes' or 'no' to the following questions.

- 1.) Did your child move and change school districts in the last 18 months? _____
- 2.) Was the purpose of the move to obtain work in temporary/seasonal **agriculture (farming, ranching, fishing, dairy, etc.?)** _____
- 3.) Was the work an important part of providing a living for the worker and his or her family?

Please return the form to school staff. Questions? Call 970-254-5495



¿Califica su familia para los servicios del programa?

Favor de contestar las siguientes preguntas, con 'sí' o 'no'.

- 1.) ¿Dentro de los últimos 18 meses, su niño se mudó y cambió de un distrito escolar a otro? _____
- 2.) ¿Fue el propósito del cambio para obtener trabajo temporal en la **agricultura (cosecha, ranchos, pesca, lechería, etc?)** _____
- 3.) ¿Fue el trabajo una parte importante para proveer económicamente a la familia?

Por favor, devuelva este formulario al personal de la escuela.

¿Preguntas en español? Llame al 970-254-5495.